

12 guérisons sur 120 cas. « Le reflexe rotulien reparaisait; on ne voyait plus aucun symptôme de la maladie et la guérison pouvait être contrôlée plusieurs années après dans des cas que des neurologistes éminents considéraient comme désespérés. »

Les observations de Rumpf datent d'une trentaine d'années, c'est-à-dire d'une époque où l'ataxie locomotrice était assez facilement confondue avec le pseudotabes neurasthénique et en analysant ses observations de guérison on constate que c'est vraisemblablement en face de cas de pseudotabes qu'il a dû se trouver. Si, en effet, je prends la plus typique de ces observations j'y vois que son malade était analgésique sur toute la surface du corps et qu'il ne chancelait pas les yeux fermés. La faradisation au moyen du pinceau métallique fit disparaître tous les symptômes d'ataxie, les réflexes disparus revirent, etc. L'analgésie généralisée, l'absence du signe de Romberg permettent de mettre fortement en doute la réalité du diagnostic. Quant aux dires de Lewandowski, qui datent d'une époque où l'ataxie était bien connue, il n'y a rien à en dire sinon qu'ils n'ont été confirmés par aucun observateur sérieux.

M. le Dr Laborde, dans le service d'électrothérapie de M. le professeur Bergonié à Bordeaux a traité une série d'ataxiques au moyen de l'électrisation. (Laborde. Du traitement électrique du tabes, thèse de Bordeaux 1893). Ses observations ne portent que sur six cas, pris au hasard. Sur ces six cas trois ont été améliorés, mais le traitement a dû être continué durant un temps fort long. En ce qui concerne mes observations personnelles sur vingt malades, six ont été sensiblement améliorés, cinq légèrement, neuf n'ont retiré aucun bénéfice du traitement.

J'arrêterai là mes citations. La preuve me semble faite désormais que l'électricité, si elle ne guérit pas le tabes peut être utile et amender les symptômes les plus gênants, surtout dans les tabes à évolution lente comme je l'ai dit plus haut. Mais le traitement demande toujours une grande patience et ce n'est qu'au bout de deux ou trois semaines, en moyenne, que

l'on commence à percevoir une légère atténuation des symptômes.

Quant au traitement je considère que le courant galvanique est le traitement de choix. Il est nécessaire d'employer de larges électrodes et le courant doit être faible surtout au début. Toutefois l'intensité de 2 milli-ampères indiquée par Morton me paraît insuffisante car c'est à peine avec cette intensité si la moelle recevrait un dix-millième d'ampère. Une dizaine de milli-ampères sont la dose que j'emploie d'habitude. Les courants trop prolongés comme durée n'ont pas donné entre mes mains de bons résultats et je préfère leur durée courte de 6 à 10 minutes. Quant à la direction ascendante ou descendante du courant j'en'y attache qu'une importance relative et n'ai pas observé de différence nette d'action entre l'action du courant ascendant ou le courant descendant; dans l'ataxie les pôles seront appliqués tantôt du haut en bas de la colonne vertébrale l'un des deux restant fixe vers la nuque, le second lentement promené sur les apophyses de haut en bas en insistant un peu sur les points douloureux s'il en existe. La même manœuvre sera accomplie le long des trajets nerveux des membres atteints; la faradisation ne m'a jamais donné de bons résultats, tandis que l'électrisation statique avec friction à la boule de bois m'a paru avoir une action favorable sur le sommeil, la digestion des ataxiques et contribuer à améliorer leur état général; c'est donc une pratique que je recommande concurremment avec le courant galvanique. J'ai l'habitude de galvaniser pendant cinq minutes la moelle comme je viens de l'indiquer et de faire quatre ou cinq minutes d'électrisation statique avec frictions à la boule de bois, le traitement doit être journalier.

Polyomyélite antérieure des enfants.

Paralysie spinale de l'enfance.

Parmi les maladies des enfants, il en est peu d'aussi rebelles

à toute thérapeutique que la myélite des cornes antérieures ; en présence d'un cas de ce genre, le médecin se contente, le plus souvent, de conseiller des frictions, des bains excitants. S'il est muni d'un appareil électrique, il électrise, sans grande conviction, le petit malade pendant quelques jours, quelques semaines au plus, puis, de guerre lasse, ne constatant aucune amélioration, aucun progrès apparent, le praticien se lasse, les parents ne l'encourageant guère, et le traitement est abandonné. Les raisons de ces échecs presque constants sont multiples : la forme électrique ou la modalité du courant choisi est le plus souvent défectueuse, et si, par hasard, l'application électrique est judicieuse, elle n'est pas assez durable.

Il faut bien savoir, en effet, que, malgré la gravité des lésions médullaires, la destruction d'une portion plus ou moins étendue des cellules grises des cornes antérieures, qui constitue le substratum anatomique de la paralysie infantile, le nihilisme thérapeutique n'est pas de mise ; au moyen d'un traitement électrique bien conduit, il est possible de rendre grand service au petit malade et la patience du médecin et des parents sera invariablement récompensée par un résultat palpable.

Si l'électrisation est utile au point de vue thérapeutique, elle vient aussi souvent en aide au diagnostic de cette affection, et, en ce qui concerne le pronostic, il ne peut être sérieusement établi qu'après une exploration électrique soignée.

Certes, cette exploration, facile chez l'adulte, est entourée chez l'enfant de difficultés toutes particulières : les petits sujets crient, se démènent, s'agitent ; en outre, par suite de l'épaisseur de leur couche adipeuse, la localisation du courant est difficile, et encore plus l'appréciation des effets produits.

Toutefois, avec de la patience et de l'expérience, on arrive à constater le point essentiel, c'est-à-dire si tel ou tel groupe musculaire présente la réaction de dégénérescence partielle ou complète.

C'est, en effet, la présence ou l'absence de la réaction de dégénérescence qui est la clef du diagnostic et du pronostic de la paralysie infantile. Duchenne, avec son grand sens clinique, a constaté, le premier, que les muscles qui ne se contractaient point au moyen du courant faradique, seul mode d'exploration qu'il employât, présentaient une atrophie rapide et restaient paralysés d'une façon durable, tandis que ceux qui présentaient la contraction faradique, même affaiblie, recouvrèrent rapidement leurs fonctions et ne s'atrophiaient point, sinon d'une façon passagère. Nous savons maintenant que cette inexcitabilité au courant faradique n'est autre chose qu'une apparition partielle de la réaction de dégénérescence. L'examen du membre frappé de paralysie sera donc pratiqué au point de vue de la contractilité électro-musculaire, tout d'abord au moyen de la bobine à gros fil avec interruptions lentes, puis ensuite avec le courant galvanique, mais en tenant compte de ce fait que l'enfant supportera difficilement la douleur, et qu'il y a lieu par conséquent d'augmenter le courant tout doucement et d'employer de larges électrodes. On explorera d'abord les muscles groupes par groupes, c'est-à-dire tous les extenseurs ou tous les fléchisseurs en masse. Puis, dans le groupe où on constatera la réaction de dégénérescence, on examinera les muscles un à un pour voir lesquels sont les plus atteints. Cette dernière exploration est très délicate et demande de l'expérience, mais la première suffit dans l'immense majorité des cas. La paralysie infantile frappe les muscles par groupes fonctionnels. Elle affecte, du reste, une distribution des plus variables. Sur 62 cas de paralysie spinale, Duchenne a noté :

- 5 Paralysies généralisées.
- 9 Paraplégies.
- 1 Hémiplégie.
- 2 Paralysies croisées.
- 25 Paralysies du membre inférieur droit.
- 7 Paralysies du membre inférieur gauche.
- 10 Paralysies du membre supérieur.